维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 1 期总第 17 期

甲亢术后复发再手术 2 例体会

江苏省常熟市中医院外科 陈耀荣

（江苏常熟，邮政编码 215500）

甲状腺机能亢进症手术后复发的原因较多，一般认为术后一年内复发者多与"残留量"过多有关；二年以上复发者常与甲状腺刺激免疫球蛋白（TSI）或缺碘有关。根据国内统计，手术后复发率一般为 5.4%[3]。对术后复发的处理意见不一。再次手术值得采用[1]。^{131}I 治疗也值得考虑。本文报告我院在 1990 年～1991 年对 2 例术后复发再手术的体会如下：

例 1. 女性，50 岁，农民。于 17 年前因原发性甲亢作双侧甲状腺次全切除术，近 5～6 年来甲状腺日益增大，两眼外突，且有心悸、多食等甲亢症状。检查颈部两侧甲状腺弥漫性肿大，T3：1.8ng/ml，T4：74ng/ml，γT3：75ng/ml，TSH：7.4 微国际单位，甲状腺球蛋白抗体阴性，甲状腺微粒体抗阴性。术前应用心得安，20mg，1 日 3 次，复方卢戈司碘溶液 5 滴，1 日 3 次，逐日递增 1 滴至 15 滴。12 天后心率由 120 次/分降到 74 次/分后再次手术。

术中见两侧甲状腺弥漫性肿大，右侧 5×4×4cm3，左侧 7×5×4cm3，再次施行双侧甲状腺次全切除术，保留两侧甲状腺后包膜及成人中指末节大小甲状腺。术中输血 200ml。术后随访 3 年 8 个月，甲状腺不肿大，甲状腺功能正常，参加日常劳动。

例 2. 女性，42 岁，职工。因原发性甲亢于 14 年前作甲状腺次全切除术。入院 4 年前又出现甲状腺增大和食亢、心慌等甲亢症状，反复治疗能控制症状。术前应用心得安和复方卢戈司碘溶液治疗。于 1991 年 1 月 21 日再次手术，次全切除双侧弥漫性肿大的甲状腺及峡部，仅保留成人中指末节大小甲状腺及后包膜，术后 3 年 6 个月，复查甲状腺功能正常，参加正常工作。

讨论：过去对甲亢术后复发多主张非手术疗法。由于再手术的难度大，复发率高，故采用药物或^{131}I 治疗。本组两例都经长期药物治疗，均无效果。^{131}I 治疗尽管能获得 90%以上的缓解率，但甲低的发生率，但甲低的发生率 54.7%[2]，放射性甲低是放射性碘治疗中的最大缺点，且有致癌的可能。本人体会采用再次手术时提出几点供参考：

1. 病例选择：年龄在 50 岁以下，已有压迫症状者方行手术。

2. 为防止甲亢危象的发生，术前除用心得安准备外，加服复方碘溶液 10～12 天，术后 8 小时开始服心得安一周，并继续服卢戈司碘溶液 10 天，术中术后应用激素。

3. 注意术中出血和术后呼吸道梗阻：再次手术的最大困难是甲状腺与周围粘连紧密、血管丰富，操作时渗血较多，手术野不清，易误伤血管和神经。为此笔者采用电刀，建议细心分离并常规解剖颈内静脉和颈总动脉。

呼吸道梗阻通常由于血肿压迫所致。术后确保引流管通畅，可用负压球吸引。防止喉头水肿，术中操作轻柔，尽理避免对喉头和气管的挤压和

其有效率可达 90%以上。4. 局部用药的特点为腹腔抗癌药物浓度高，可直接杀伤腹水中、腹膜、肠系膜上的癌细胞，对肝，胆、胰胃肠等瘤体表面的癌细胞也有杀灭作用，可抑制原发病灶的进展和转移，从而控制恶性腹水的产生。抗癌药物通过腹膜部分吸收进入血流中，协同全身化疗，从而可杀灭转移的微型病灶，控制原发病灶的生长。血液中药物浓度低，全身毒副作用可大大减少。操作简便，安全可靠，病者可乐意接受。其消化道反应可以枢复宁或胃复安治疗，血液系统的毒性作用可以激素，升白安等药物或输血球，即可很快恢复。综合上面所述，值得临床推广使用。

参考文献 略

（收稿日期：1994—12—19）

维普资讯 http://www.cqvip.com

牵拉。分离腺体时 应防止损伤环甲肌，残留甲状腺的缝合不可过紧，以免压迫气管，术后如有呛咳可用利多卡因喷雾止咳。

4. 预防喉返神经损伤：喉返神经损伤是再次手术的严重并发症之一。常规解剖喉返神经，予以保护，避免了损伤机会。喉返神经入喉处最易损伤，在入喉平面，喉返神经常为甲状腺侧悬韧带固定于气管和环状软骨的侧方。有丰富的网状小血管，渗血多。如结扎或缝扎过多易直接损伤该神经。

5. 对低血钙的预防：甲状旁腺在再手术中损伤而发生手足搐搦症为 3.7%[3]，分离甲状腺上极后方时格外仔细。该处是 4 个甲状旁腺中位置较恒定的位置。

6. 预防术后甲状腺机能低下：甲亢再手术后粘液性水肿的发生率为 35.7%[3]。其原因为残留甲状腺过少。pegg[4]指出残留甲状腺的大小与甲状腺功能低下有密切的关系。其发生率依次为残留 2.4g 为 64%，5～7g 为 39%，8～10g 为 25%，10g 以上为 19%。笔者根据病员年龄、甲亢程度以及腺体肿大程度，代偿能力，保留甲状腺组织约 10g 左右，相当于成人中指末节大小。术后随访至今未见甲低发生。

参考文献

1. 毛腾淑，等. 甲状腺机能亢进症的治疗问题，中华外科杂志 1984；11：648.

2. 何亮家. 中华外科杂志 1959；1：46.

3. Beahrs, O.H. et al. Wg Gynec, obsfef 1963；117 (5)：535.

4. Pegg. e, A. Sand Brit. J. Surg 1973；90：765.

（收稿日期：1995—02—27）

胃肠嗜酸性肉芽肿2例的手术治疗

南京市第一医院外科 郑裕隆 赵乾元

（江苏南京，邮政编码 210006）

胃肠嗜酸性肉芽肿临床少见，我院曾收治 2 例，特摘要报道。

例 1. 男，61 岁，因持续性下腹部疼痛，呕吐、不排便排气、低热 3 日入院。12 小时前腹痛转剧，1 年前曾有类如发作。查体下腹压痛，无反跳痛，未扪及肿块，肠鸣音正常，肛检无异常。血红蛋白 10.4g、白细胞 8×10^9/L，中性 80%，淋巴 20%。

术中见距回盲部 75cm 处之回肠有直径 3cm 肿物，其远端回肠套入近端回肠 30cm，伴血运障碍，将肿物及套叠回肠切除后吻合，阑尾一并切除，术后康复。病检示回肠嗜酸性肉芽肿及阑尾日本血吸虫病。

例 2. 男，21 岁，因上腹不适伴黑便 2 日入院，解黑便 2 次，共 350g，呕吐紫红色胃内容 200g，头昏目眩，既往曾一过性上腹痛，否认药物及食物过敏史。查体贫血貌，腹软，无压痛，血红蛋白 6g，白细胞 5×10^9/L，中性 74%，嗜酸性 2%，淋巴 24%。入院后 3 日内先后呕血 1300ml，血红蛋白降至 3g。

术中见胃窦部有 2×2cm 硬结，胃体后壁有 5cm 浅表裂伤，作胃大部切除术后康复。病检证实胃窦部嗜酸性肉芽肿并轻度浅表性胃炎。

讨论：消化道嗜酸性肉芽肿是一种良性非特异性增生性疾病，呈炎性病理过程，其病因及机理不明，主要为炎症和过敏，以消化道管壁局限性或弥漫性嗜酸性粒细胞浸润为主要特征，多侵犯粘膜下深层及肌层，可发生于消化道任何部位，但大部见于胃，尤以窦部常见，次为小肠及结肠，其他部位较少见，可并发溃疡、出血、梗阻、套叠、穿孔，偶恶变。临床表现随病变部位，病变范围、并发症类型而异。男性略多于女性，好发于 30～60 岁，病程较长，主要症状为腹痛、恶心呕吐、呕血便血、腹泻便秘、体重减轻、低热等。诊断依据为：进食某些食物后出现症状和体征，尤其有过敏史者；周围血象常有嗜酸性粒细胞增多；病变部位活检或手术切除标本中含大量成熟嗜酸性粒细胞浸润；激素治疗多有效。对局限性病变病程长，并梗阻、出血、穿孔、癌变者可选择手术治疗切除病灶。对弥漫性病变以皮质激素治疗，并排除可疑致敏物，预后多良好。

（收稿日期：1995—10—30）